

ANNÉE 1934

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ERRERA Elie

*Né à Sousse (Tunisie), le 25 Septembre 1904*

---

**Contribution à l'étude  
de la**

**Nature allergique  
de l'Eczéma du Nourrisson**

*(Dédutions thérapeutiques)*

---

*Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur*

---

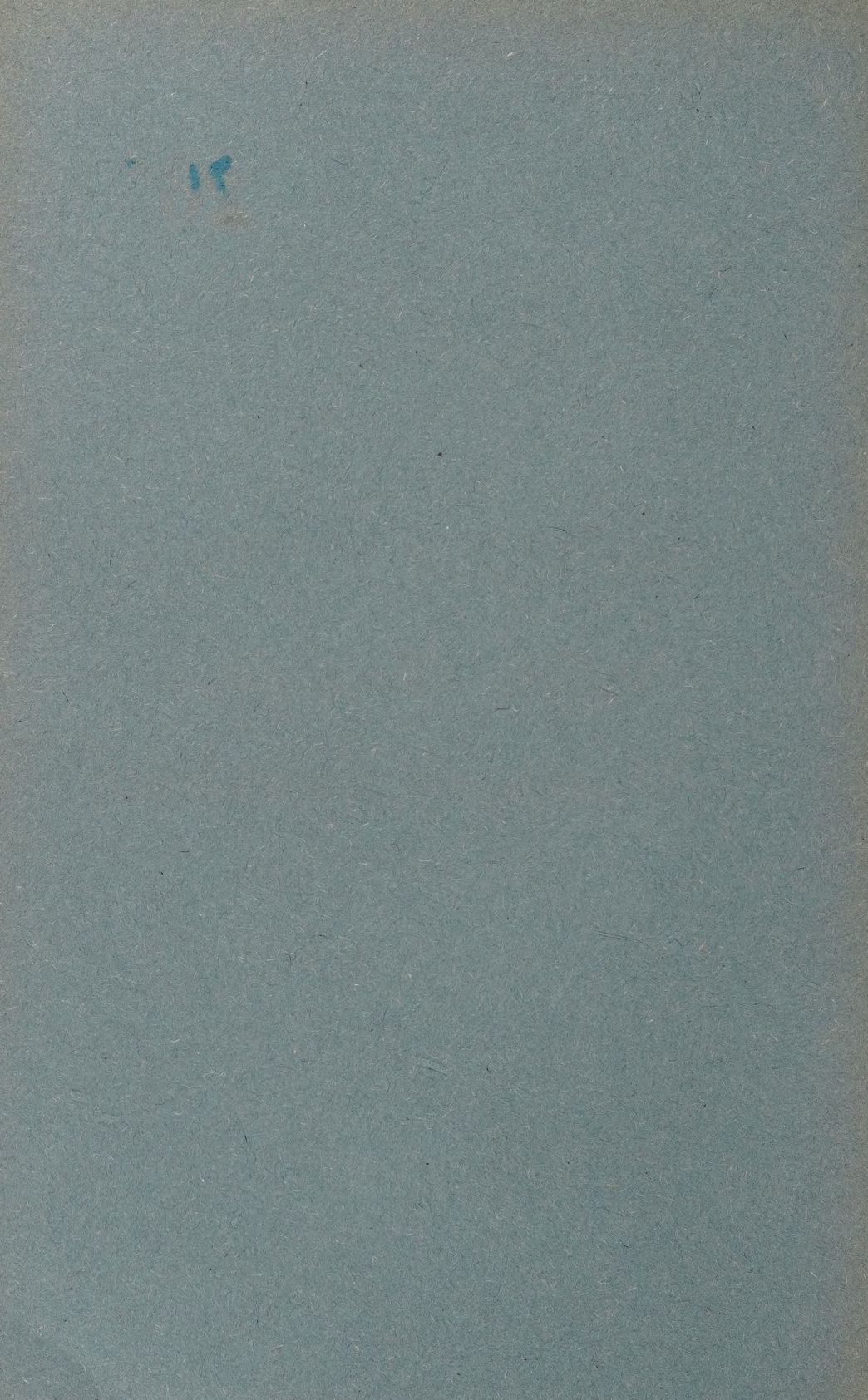
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

PARIS (5°)

---

1934



ANNÉE 1934

N° .....

# THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**ERRERA Elie**

*Né à Sousse (Tunisie), le 25 Septembre 1904*

---

**Contribution à l'étude  
de la**

## **Nature allergique de l'Eczéma du Nourrisson**

*(Dédutions thérapeutiques)*

---

*Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur*

---

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

PARIS (5<sup>e</sup>)

---

1934

# 1. — PROFESSEURS

*Le Doyen*..... G. ROUSSY

MM.

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                          | ROUVIERE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale .....           | PROUST.            |
| Physiologie .....                                                       | BINET.             |
| Physique médicale.....                                                  | STROHL.            |
| Chimie médicale.....                                                    | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                     | DEBRÉ.             |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale                            | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales....                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale.....                                                | CLERC.             |
| Pathologie chirurgicale.....                                            | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique.....                                              | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                        | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....                                  | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                     | LÉPER.             |
| Hygiène et Médecine préventive.....                                     | TANON.             |
| Médecine légale.....                                                    | BALTHAZARD         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                             | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée....                                | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie..                              | MAURICE VILLARET.  |
| Clinique médicale.....                                                  | { CARNOT.          |
|                                                                         | { BEZANCON.        |
|                                                                         | { ACHARD.          |
|                                                                         | { MARCEL LABBÉ.    |
| Hygiène et clinique de la première enfance                              | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                                  | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des ma-<br>ladies de l'encéphale..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphi-<br>litiques .....              | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux                                | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses.....                                 | LEMIERRE.          |
|                                                                         | LENORMANT.         |
| Clinique chirurgicale.....                                              | { CUNEO.           |
|                                                                         | { GREGOIRE.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                           | GOSSET.            |
| Clinique urologique.....                                                | TERRIEN.           |
|                                                                         | MARION.            |
| Clinique d'accouchements.....                                           | { COUVELAIRE.      |
|                                                                         | { BRINDEAU.        |
|                                                                         | { JEANNIN.         |
| Clinique gynécologie.....                                               | J.-L. FAURE.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopé-<br>die .....                | OMBRÉDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale.....                                    | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                                  | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                                | PIERRE DUVAI.      |
| Clinique propédeutique.....                                             | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose.....                                         | LÉON BERNARD.      |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-<br>dulte .....               | MATHIEU.           |
| Professeur sans chaire.....                                             | { HOVELACQUE.      |
|                                                                         | { MULON.           |
|                                                                         | { OLIVIER.         |
|                                                                         | { VERNE.           |



## II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| Neurologie et Psychiatrie.....      | ALAJOUANINE.     |
| Pathologie médicale.....            | BÉNARD HENRI.    |
| Pathologie médicale.....            | BERNARD ÉTIENNE. |
| Pathologie chirurgicale.....        | BROCQ.           |
| Pathologie médicale.....            | BOULIN.          |
| Pharmacologie .....                 | BUSQUET.         |
| Pathologie chirurgicale.....        | CADÉMAT.         |
| Pathologie médicale.....            | CATHALA.         |
| Pathologie médicale.....            | CHABROL.         |
| Physiologie .....                   | CHAILLEY-BERT.   |
| Pathologie médicale.....            | CHEVALLIER.      |
| Physique .....                      | DOGNON.          |
| Pathologie n.édicale.....           | DONZÉLOT.        |
| Obstétrique .....                   | ECALLE.          |
| Urologie .....                      | FEY.             |
| Bactériologie .....                 | GASTINEL.        |
| Pathologie chirurgicale.....        | GATELLIER.       |
| Pathologie chirurgicale.....        | GIROUD.          |
| Histologie .....                    | BULLIARD.        |
| Oto-rhino-laryngologie .....        | HALPHEN.         |
| Pathologie médicale.....            | HARVIER.         |
| Pharmacologie .....                 | HAZARD.          |
| Anatomie pathologique.....          | HUGUENIN.        |
| Pathologie médicale.....            | HUTINEL.         |
| Hygiène .....                       | JOANNON.         |
| Chimie biologique.....              | LABBÉ HENRI.     |
| Pathologie médicale.....            | LAROCHE GUY.     |
| Pathologie chirurgicale.....        | LEVEUF.          |
| Neuro-psychiatrie .....             | LEVY-VALENSI.    |
| Pathologie médicale.....            | LIAN.            |
| Pathologie chirurgicale.....        | MONDOR.          |
| Pathologie médicale.....            | MOREAU.          |
| Pathologie chirurgicale.....        | MOULONGUET.      |
| Histologie .....                    | MOURE.           |
| Anatomie pathologique.....          | MULON.           |
| Anatomie .....                      | OBERLING.        |
| Médecine légale.....                | OLIVIER.         |
| Obstétrique .....                   | PIÉDELÈVRE.      |
| Pathologie médicale.....            | PORTES.          |
| Physiologie .....                   | QUÉNU.           |
| Chimie biologique.....              | RICHEL Fils.     |
| Dermatologie et syphiligraphie..... | SANNIÉ.          |
| Pathologie chirurgicale.....        | SÉZARY.          |
|                                     | VALLÉRY-RADOT    |
|                                     | (Pasteur).       |
| Ophthalmologie .....                | VELTER.          |
| Obstétrique .....                   | VIGNES.          |
| Obstétrique .....                   | VAUDESCAL.       |

### III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

#### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Obstétrique .....          | LEQUEUX.       |
| Anatomie pathologique..... | LEROUX.        |
| Parasitologie .....        | NEVEU-LEMAIRE. |
| Histologie .....           | RETTERRER.     |
| Physique .....             | ZIMMERN.       |

### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

#### TITRE PERMANENT

(ANNEXE)

MM.

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| Clinique médicale.....     | ABRAMI.      |
| Clinique médicale.....     | CHIRAY.      |
| Clinique médicale.....     | DUVOIR.      |
| Clinique médicale.....     | BASSET.      |
| Clinique chirurgicale..... | CPEVASSU.    |
| Clinique chirurgicale..... | HEITZ-BOYER. |
| Clinique chirurgicale..... | MOCQUOT.     |
| Clinique chirurgicale..... | N...         |
| Clinique chirurgicale..... | SCHWARTZ.    |
| Clinique obstétricale..... | LE LORIER.   |
| Clinique obstétricale..... | LEVY-SOLAL.  |
| Clinique obstétricale..... | METZGER.     |
| Clinique obstétricale..... | GUENIOT.     |

### V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                                                                                                                                                     |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du<br>travail, les mutilés de guerre et les<br>infirmes adultes..... | MAUCLAIRE, profes-<br>seur sans chaire. |
| Stomatologie .....                                                                                                                                  | FREY.                                   |
| Education physique.....                                                                                                                             | CHAILLEY-BERT.                          |
| Radiologie clinique.....                                                                                                                            | LEDoux-LEBARD.                          |
| Puériculture .....                                                                                                                                  | WEILL-HALLÉ.                            |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MES SŒURS ET FRERES

A MES BEAUX-FRERES

MEIS ET AMICIS

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON

*Au cours d'un semestre passé  
dans son service, nous avons  
pu profiter de la clarté de son  
enseignement.*

*Qu'il soit assuré de notre vive et  
sincère reconnaissance pour  
le grand honneur qu'il nous  
a fait en acceptant la prési-  
dence de cette thèse.*

A Monsieur Louis RAMOND

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

*Nous avons eu le grand honneur  
de suivre son service. Nous  
n'oublierons jamais la cor-  
dialité souriante avec laquelle  
il nous a sans cesse accueilli.  
Au maître affectueux qu'il a  
toujours été pour nous, nous  
voulons affirmer ici notre re-  
connaissance émue et notre  
respectueux attachement.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A mes Maîtres à la Faculté

## HISTORIQUE

---

L'étude de l'eczéma du nourrisson a suscité d'innombrables travaux. Nous n'avons pas la prétention de les mentionner ici, nous voulons seulement exposer ici brièvement les diverses phases par lesquelles sont passées nos connaissances sur cette dermatose. On peut schématiquement diviser l'histoire de l'eczéma du nourrisson en deux phases : d'abord une phase clinique au cours de laquelle on a individualisé l'eczéma du nourrisson des autres affections cutanées. Lerry, en 1777, un des premiers commença à distinguer les « dartres » à l'occasion des dangers qu'il résulte parfois de leurs suppressions brusques. On individualisa ainsi l'eczéma tant au point de vue de la lésion anatomique élémentaire qu'au point de vue clinique. Ainsi compris, l'eczéma est un syndrome cutané relevant de causes très diverses. Et M. Darier a pu ainsi écrire : « Le mot d'eczéma comme celui d'urticaire, de papille, de rhumatisme, n'est pas un nom de maladie, c'est un simple nom de processus. » Mais, comme l'ont fait remarquer Sabouraud, Carle, Jadassohn, au cours du Congrès de dermatologie de Copenhague, il faut délimiter ce cadre très confus et

débarrasser le vrai eczéma de son entourage encombrant. Cette délimitation est surtout nécessaire en ce qui concerne l'eczéma du nourrisson. Pour ce dernier, on doit établir une barrière nette et absolue entre, d'une part, l'eczéma vrai, vésiculo-suintant, l'eczéma diathésique des anciens auteurs « dermatose allergique » et d'autre part toute une série de dermatoses, « eczéma séborrhéique, eczématides, dermites eczématiformes à point de départ fessier, érythrodermies, type Leiner-Boussus », dermatoses microbiennes dont l'évolution et la pathogénie sont tout à fait différentes. Ainsi, de par sa symptomatologie, son évolution, sa terminaison parfois dramatique, de par ses tests biologiques dont il sera question plus loin, l'eczéma du nourrisson nous apparaît comme une affection particulière et autonome. Nous devons citer à ce propos les travaux de V. Hutinel, Marfan, Aviragnier, Blechmann, Moles-Halperson. La deuxième phase par laquelle ont passé nos connaissances sur l'eczéma du nourrisson est essentiellement étiologique et pathogénique.

Quelle est donc la cause de cette affection? Comment expliquer certains caractères mystérieux et, en particulier les accidents généraux graves, parfois mêmes terminés par la mort. On a d'abord considéré l'eczéma du nourrisson comme un « émonctoire » des produits pathologiques de l'organisme. Cette théorie admettait que les lésions eczémateuses sont la voie d'élimination des substances pathologiques formées dans l'organisme. Les auteurs trouvaient la

confirmation de cette théorie dans le fait qu'on observe chez le nourrisson une atténuation marquée des lésions cutanées lorsque surviennent des phénomènes généraux graves et que dans les cas de mort inopinée cette dernière est précédée ordinairement d'une diminution de l'eczéma. La conclusion de cette conception est que, loin d'être combattu, l'eczéma du nourrisson doit être soigneusement respecté. On se rangeait alors au vieux précepte d'Hippocrate : « Il est des maladies qu'on ne peut pas guérir, il en est d'autres dont il vaut mieux ne pas tenter la guérison ». On trouve cette théorie longuement exposée en 1812, dans le livre de Richerand sur *Les erreurs populaires relatives à la médecine*, dans le travail d'Alibert, en 1810, dans la thèse de Raymond, 1896, *Traitement des maladies qu'il est dangereux de guérir*. Enfin, plus près de nous, en 1907, dans la thèse de Maille, et de Madame Bienaimé de Wojno. La théorie précédente fut bientôt abandonnée ou plus exactement transformée : l'eczéma du nourrisson fut toujours considéré comme l'extériorisation d'une intoxication mais cette intoxication serait toujours d'origine digestive. C'est ainsi que nous aboutissons à une théorie encore acceptée par de nombreux auteurs et d'après laquelle l'eczéma du nourrisson proviendrait d'un trouble des échanges nutritifs portant sur les produits de la digestion du lait. Selon l'expression de Variot, l'eczéma est une manifestation d'origine intestinale. C'est donc par un changement de l'alimentation et par les ressources de la diététique

que l'on devra traiter la dermatose. Le lait doit donc être considéré comme l'agent responsable et il devra être diminué et supprimé le plus tôt possible. De par cette théorie, l'eczéma du nourrisson est secondaire à un dysfonctionnement de l'appareil digestif car dans l'immense majorité des cas, l'eczéma survient en dehors de tout trouble digestif, et si parfois une diététique rigoureuse et une diminution de la graisse améliore l'affection, on est obligé de reconnaître que les changements de régime, voire même la suppression complète du lait ne modifient en rien l'évolution de l'eczéma du nourrisson et que les différents régimes ne sont que d'un piètre secours au clinicien. D'autre part, comment expliquer de par cette théorie digestive certains faits si particuliers tels que les accidents généraux, l'évolution si caractéristique en dehors de toute atteinte digestive, et les modifications constatées quand on change le petit malade de climat et d'altitude? Plus récemment pour Edmond Weill, de Lyon, l'eczéma du nourrisson n'est pas dû à un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, il est dû à une anaphylaxie du lait et doit conséquemment être traité par une désensibilisation progressive à cette substance. En réalité, cette théorie ne répond pas aux faits constatés, car, d'une part, la désensibilisation au lait ne donne aucun résultat et d'autre part et surtout les tests biologiques montrent que les nourrissons eczémateux ont une sensibilisation non pas tant au lait qu'à toute une série d'autres substances. Aussi, depuis plusieurs années, l'eczéma tend

à être considéré par la plupart des auteurs, non pas comme un dysfonctionnement de l'appareil digestif, ni comme une anaphylaxie au lait, mais comme une réaction allergique, c'est-à-dire à une sursensibilité congénitale de la peau. C'est ce qui ressort de l'ensemble des rapports présentés au Congrès de Dermatologie de Copenhague 1930, et plus récemment des travaux de M. Sézary et en particulier en ce qui concerne l'eczéma du nourrisson les travaux de MM. Péhu et Woringer (rapport au troisième Congrès international de pédiatrie de Londres, juillet 1933).



## PREUVES DE LA NATURE ALLERGIQUE DE L'ECZEMA DU NOURRISSON

---

### DÉFINITION DE L'ALLERGIE

Ce terme a été créé par Von Pirquet, en 1903, à la suite d'une observation attentive des effets produits par la lymphe Jennérienne. En 1905, il étudie avec Schick la maladie sérique. Quelques temps après, il inaugure la méthode de la cuti-réaction à la tuberculine pour déceler l'affection tuberculeuse. Or, il remarque que les manifestations observées (qu'il s'agisse du tuberculeux, du revacciné contre la variole, du réinoculé au sérum thérapeutique), présentent un caractère identique, à savoir la sursensibilité. Il s'agit, suivant son expression, « d'hyperergie » mais, au point de vue étymologique du mot, le terme allergie ne doit pas être pris seulement au sens d'hyper-sensibilité, mais à celui aussi d'immunité. Il comprend toutes les réactions « autres », qu'elles soient en plus ou en moins. En 1903, Von Pirquet écrit dans sa monographie sur l'allergie vaccinale (page 131), « l'allergie n'est pas identique à la sursensibilité mais

elle doit englober le grand complexe que nous comprenons aujourd'hui comme réaction d'immunité. » Mais au point de vue clinique, c'est-à-dire au point de vue pratique, le terme d'allergie a reçu un sens plus limité et signifie uniquement sursensibilité, c'est-à-dire qu'on peut classer les individus en deux catégories : ceux chez lesquels certains tests biologiques « cuti-réaction et intra-dermo réaction » sont négatives, et ceux au contraire chez lesquels ces mêmes tests biologiques sont positifs. Ces derniers seuls seront atteints de maladies dites « allergiques ». Ce sont ces tests que nous étudierons en détail pour montrer que l'eczéma du nourrisson peut et doit être classé dans la catégorie des maladies « allergiques ».

Ainsi délimitée, l'allergie équivaut donc au contraire de l'immunité, c'est-à-dire à l'anaphylaxie. En réalité, allergie et immunité ne doivent pas être confondues. En effet, le terme d'anaphylaxie ne doit être employé qu'à condition que se trouve réalisé le tableau expérimental, à savoir : la préparation spontanée ou provoquée, le premier contact avec un antigène qui sensibilise et le déclenchement de la scène par un deuxième contact avec la substance qui a sensibilisé. Or, en clinique il est le plus souvent impossible de déceler ces trois phases. On ne peut pas mettre en évidence la période préparante, la sensibilisation s'opère suivant un modèle que le clinicien ne peut pas déceler. Il y a donc loin des conditions expérimentales.

Une autre raison pour laquelle le terme d'allergie

doit être différencié d'anaphylaxie est que cette dernière s'accompagne de certains tests qui lui sont spécifiques et que l'on ne retrouve pas dans l'allergie. M. Sézary a étudié ces temps derniers l'eczéma et l'allergie. Il fait remarquer que l'eczéma ne saurait se définir par son étiologie qui est trop variée, ni même par un seul de ses caractères. D'autre part, il insiste sur le fait suivant qui est d'une importance capitale pour l'interprétation des tests biologiques, surtout quand il s'agit de l'eczéma du nourrisson : c'est que la réaction obtenue par un antigène déterminé n'est pas spécifique et qu'on peut obtenir une réaction analogue avec d'autres antigènes.

La réaction n'est positive que pour certaines maladies générales comme la tuberculose ou la lymphogranulomatose. Elle est au contraire infidèle quand il s'agit des affections cutanées. M. Sézary montre que dans l'eczéma ce sont les tests intéressant la peau qui donnent les réactions les plus nettes, tandis que la réaction de Praunitz-Kutzner est ordinairement négative. Ceci semble surtout vrai pour l'eczéma de l'adulte. Quand il s'agit du nourrisson, la réaction de Prausnitz-Küstner est parfois positive, comme nous le verrons, ce qui semble bien indiqué que l'eczéma du nourrisson ne ressortit pas seulement d'une simple allergie tissulaire mais aussi d'une sensibilisation profonde.

Ainsi donc, l'allergie nous apparaît comme un syndrome bien défini, englobant toute une catégorie d'affections caractérisées par toute une série de tests

biologiques qui permettent au clinicien de porter le diagnostic de « maladie allergique » et d'en déduire des conséquences thérapeutiques du plus haut intérêt.

## B. — QUELS SONT CES TESTS BIOLOGIQUES

### I. *L'hyperéosinophilie sanguine.*

Elle est fréquemment constatée dans l'eczéma et en particulier dans toutes les dermatoses prurigineuses. Elle a été d'abord constatée par Vernet et Mayr et Moncorps à Munich, par Kastner, par Moro d'Heidelberg qui a étudié l'augmentation des éosinophiles chez le nourrisson eczémateux. Dans tous les cas, cet auteur a trouvé une augmentation des éosinophiles dans le sang, pouvant aller parfois jusqu'au taux de 77 %. Au contraire, l'augmentation des éosinophiles dans le sang serait pour lui rarement constatée dans l'eczéma séborrhéique. Pour Péhu, l'hyperéosinophilie sanguine est constante au cours de l'eczéma du nourrisson, elle est ordinairement modérée, oscillant autour de 10 % et en rapport constant et direct avec l'intensité du prurit, le taux élevé d'éosinophiles n'existant que dans les cas d'eczéma très prurigineux, pour être peu marqué dans les cas s'accompagnant de peu de prurit. Mais si tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la constante de l'hyperéosinophilie sanguine au cours de l'eczéma du nourrisson,

les avis sont partagés quand il s'agit d'apprécier la signification de cette hyperéosinophilie. Pour certains, il existe un rapport étroit entre le taux des éosinophiles dans le sang et le fonctionnement du système réticulo-endothélial, de la rate en particulier. Le système réticulo-endothélial serait le modérateur des éléments créateurs des éosinophiles. La splénectomie exciterait la moelle osseuse et déterminerait l'augmentation du taux des éosinophiles. C'est un fait d'ailleurs, non seulement expérimental, mais aussi clinique, que la splénectomie détermine les jours suivants une augmentation des éosinophiles dans le sang. Réciproquement, les injections d'extrait de rate diminuent les éosinophiles sanguins et souvent le prurit qui les accompagne. Cette constatation a conduit certains auteurs à employer des extraits de rate dans les eczémas et en général dans toutes les dermatoses s'accompagnant de prurit. Mais toutes ces constatations ne permettent guère d'établir des rapports précis entre la genèse de l'eczéma et le système réticulo-endothélial. Cette conception ne permettrait nullement d'expliquer l'allure clinique si particulière de l'eczéma du nourrisson et ne cadrerait pas avec les autres tests biologiques dont il sera question plus loin.

Pour certains auteurs, l'hyperéosinophilie sanguine serait un signe d'allergie parce qu'on la constate dans toute une série de syndrômes qu'il est classique de ranger dans le groupe des maladies allergiques (asthme, eczéma, urticaire, migraine, certaines variétés d'intolérance).

Pour Kustner, l'éosinophilie sanguine est un signe certain d'allergie et d'intolérance. MM. Weinberg et Leger considèrent l'éosinophilie sanguine comme une réaction de défense et admettent avec Chauffard que les éosinophiles élaborent des antitoxines. Cette conception ne semble pas répondre à la réalité. Pasteur Valéry-Radot a montré que l'éosinophilie sanguine marquait dans un grand nombre de maladies allergiques et qu'elle était ordinairement absente dans les cas d'urticaire et d'œdème de Quincké. Expérimentalement la crise hémoclasique ne s'accompagne pas d'hyperéosinophilie sanguine. Comme l'a écrit Pasteur Valéry-Radot, il semble logique de conclure que l'hyperéosinophilie sanguine ne peut être considéré comme un signe de l'état de sensibilisation. Ce qui frappe, quand on étudie l'hyperéosinophilie sanguine, c'est qu'on observe cette dernière dans toutes les dermatoses prurigineuses quelle qu'en soit leur origine et même dans les prurits de cause externe. Il semble qu'il y ait un rapport entre l'intensité du prurit et l'intensité de l'éosinophilie sanguine. Cette dermatose semble secondaire au prurit. Il est difficile, dans ces conditions, de pouvoir préciser d'une manière exacte la signification de l'hyperéosinophilie sanguine. On peut cependant admettre que, si l'hyperéosinophilie sanguine n'est pas constante dans tous les cas d'allergie, on la rencontre souvent dans un grand nombre de syndrômes rattachés à l'allergie. On la trouve dans l'asthme bronchique, dans plusieurs variétés de parasitisme, dans certains cas de sensibilisation médica-

menteuse. Aussi, si l'hyperéosinophilie sanguine n'est pas constante, elle est du moins d'une fréquence telle qu'on a le droit de lui accorder la valeur de test allergique.

## II. *Les réactions cutanées.*

Ce sont là les réactions biologiques les plus importantes permettant de porter un diagnostic certain de syndrome allergique. Ces réactions cutanées sont nombreuses : cuti-réaction ou méthode de Schloss, intra-dermo-réaction ou méthode de Cook, méthode de Prausnitz-Kustner ou sensibilisation transmise passivement soit de l'homme à l'animal, soit de l'homme à l'homme. La valeur de ces différentes méthodes est discutée, cependant, les intra-dermo-réactions sont plus sensibles que les cuti-réactions, mais il faut se souvenir que les nourrissons eczémateux sont des enfants instables à réactions violentes et parfois tragiques. Aussi, les intra-dermo-réactions devront-elles être pratiquées prudemment à doses minimales et très progressivement croissantes.

a) *Intra-dermo-réaction aux cultures d'entérocoques.* — Elle présente une grosse valeur diagnostique et pathogénique. M. et Mme Montlaur dans de nombreuses publications ont montré que certaines dermatoses eczématisées ou, pour employer le terme même de ces auteurs « dermatoses dites eczéma du nourrisson » s'accompagnent d'un grand nombre d'en-

téroccoques dans les selles et surtout d'une intra-dermo-réaction positive aux cultures d'entéroccoques. Par conséquent ces dermatoses sont d'une origine manifestement microbienne et relèvent d'une sensibilisation aux toxines de l'entéroccoque. Au contraire, chez les nourrissons qui sont atteints d'eczéma vrai, d'eczéma « diathésique » des anciens auteurs, d'eczéma allergique des auteurs modernes, les intra-dermo-réactions aux cultures d'entéroccoques se montrent chez de tels malades systématiquement négatives. L'eczéma vrai, l'eczéma évoluant par poussées successives, s'accompagnant parfois de phénomènes généraux graves, inopinés, l'eczéma résistant aux thérapeutiques locales et à la diététique et s'améliorant au contraire par le changement de climat et d'altitude, cet eczéma, c'est-à-dire l'eczéma vrai, ne s'accompagne jamais d'intra-dermo-réaction positive aux cultures d'entéroccoques.

b) *Les intra-dermo-réactions au lait.* — Ce sont elles qui ont été les premières pratiquées. L'anaphylaxie ou plus exactement l'allergie alimentaire étant admise par tous, il était logique de penser que les nourrissons eczémateux présentent une sensibilisation au lait. Or, l'expérimentation n'a pas confirmé cette hypothèse. Entre les mains de différents auteurs : Finkelstein, Hutinel, Salès et Verdier, Weill, les intra-dermo-réactions au lait n'ont donné aucun résultat intéressant. Tantôt, en effet, les différents auteurs obtinrent des réactions positives chez des nourrissons bien portants ou inversement des réactions négatives

dans certains troubles digestifs paraissant de nature allergique. M. Lesné attribue à l'intra-dermo-réaction au lait une réelle valeur chez les nourrissons eczémateux à condition de se servir de lait cru. Mais la présence de germes dans le lait peut fausser les résultats. D'autre part, il semble plus logique d'opérer avec un lait absolument identique à celui employé dans l'alimentation. Enfin, en se servant successivement de lait cuit et de lait cru les résultats n'ont pas été dans l'ensemble plus satisfaisants et n'ont donné aucune indication.

Les différents nourrissons eczémateux observés par M. Péhu ont tous présenté des intra-dermo-réactions au lait négatives, bien qu'elles aient été répétées trois fois chez les mêmes malades. Que doit-on en conclure? Sans doute il serait exagéré de prétendre qu'un nourrisson eczémateux n'a certainement pas une sensibilisation au lait sous prétexte que les intra-dermo-réactions à cet aliment sont négatives. Le résultat négatif de l'intra-dermo-réaction ne peut pas être interprété comme une preuve de la non-sensibilisation vis-à-vis de l'antigène employé. Il faut tenir compte des variétés diverses d'allergie et de leur degré d'intensité. Cependant, il est certain que le fait d'observer les intra-dermo-réactions au lait négatives, et ce, d'une façon presque constante, revêt une importance primordiale surtout quand ces mêmes malades ont des réactions positives à d'autres aliments, comme nous le verrons plus tard. Cette constatation semble bien montrer que les nourrissons eczémateux n'ont pas une

sensibilisation au lait. Cette hypothèse se trouve encore confirmée par la contre-épreuve suivante, non plus d'ordre biologique mais clinique. Si, chez de tels malades on supprime complètement le lait pour les nourrir exclusivement avec des protéines animales ou végétales (farine de soja, etc.), selon la méthode récemment expérimentée par M. Ribadeau-Dumas et ses élèves (Villemin, Clos), on constate que les nourrissons n'ont aucune amélioration de leur dermatose. Cette dernière est aussi prurigineuse, elle continue à évoluer avec les mêmes poussées fluxionnaires. En rapportant de tels résultats thérapeutiques aux résultats des intra-dermo-réactions au lait, on ne peut pas ne pas être frappé de leur concordance, et ne pas admettre que le lait n'est pas la cause de l'eczéma du nourrisson puisque les intra-dermo-réactions au lait sont négatives et que la suppression totale de cet aliment n'entraîne aucune amélioration.

c) *Intra-dermo-réaction au blanc d'œuf et à certains autres allergènes.* — L'allergie à l'ovabulmine chez les nourrissons eczémateux a été particulièrement étudiée ces dernières années par MM. Ernst Moro, Wöringer et Péhu. L'ensemble des conclusions de ces différents auteurs peut se résumer ainsi : alors que les intra-dermo-réactions au lait sont le plus souvent négatives chez le nourrisson eczémateux, elles sont au contraire le plus souvent positives quand on emploie comme allergène le blanc d'œuf. C'est là la constatation à laquelle ont abouti les différents auteurs qui ont employé au cours de l'évolution de l'eczéma du

nourrisson, les intra-dermo-réactions avec plusieurs substances.

#### QUELLE EST L'IMPORTANCE DE CE TEST BIOLOGIQUE?

Il semble de tout premier ordre. En effet, seuls les nourrissons eczémateux présentent des intra-dermo-réactions positives à l'albumine; si, au contraire, on pratique cette intra-dermo-réaction chez des nourrissons sains, avec la même quantité et la même solution d'ovalbumine, on constate que ces intra-dermo-réactions sont presque toujours négatives. M. Ernst Moro, sur 363 cuti-réactions à l'ovalbumine chez des nourrissons normaux a obtenu 362 réactions négatives. MM. Péhu et Aulagnier ont pratiqué 50 intra-dermo-réactions au blanc d'œuf chez des nourrissons normaux : ils ont obtenu 48 réactions complètement négatives et 2 seulement très légèrement positives (léger érythème sans infiltration). Les résultats obtenus sont au contraire tout à fait différents quand on pratique l'intra-dermo-réaction chez les nourrissons eczémateux. M. Woringer a expérimenté les intra-dermo-réactions à l'ovalbumine chez 12 nourrissons eczémateux atteints d'eczéma diathésique chronique sévère. Il a obtenu dans ces cas une intra-dermo-réaction nettement positive, dans un cas, il existait une intra-dermo-réaction positive au poisson. M. Woringer a répété les mêmes expériences chez 10 nourrissons présentant des eczémas légers et passagers, elles furent toutes négatives. Il semble donc d'après ces

observations qu'il existerait un rapport entre la durée et la gravité de l'eczéma d'une part, et les réactions positives à l'ovalbumine d'autre part. M. Woringer a montré qu'on peut déceler chez le nourrisson eczémateux la sensibilité à l'ovalbumine non seulement par les intra-dermo-réactions mais aussi par les injections sous-cutanées. Mais il faut, quand on emploie cette dernière méthode, être très prudents et n'injecter environ que trois dixièmes de cc. d'une solution d'ovalbumine au dixième. On voit alors, quand la réaction est positive, se développer une éruption urticarienne sur tout le corps avec un maximum d'intensité aux parties eczémateuses. Si la dose employée a atteint un cc. on peut obtenir des accidents anaphylactiques très graves. En somme, on voit que, d'après le mode d'introduction et la quantité d'ovalbumine employée, on obtient dans les cas positifs trois différentes réactions : quand l'allergène est introduit dans le derme on obtient une simple papule urticarienne, quand l'allergène est introduit en petite quantité dans le tissu cellulaire sous-cutané on obtient une éruption urticarienne généralisée, enfin, quand on emploie la même voie d'introduction, mais avec une plus grande quantité d'allergène, on risque alors de déterminer, non plus des phénomènes locaux, mais des accidents généraux graves, à allure anaphylactique.

L'hypersensibilité à l'ovalbumine est pour M. Woringer spécifique. Elle est semblable à celle que l'on observe dans l'asthme et dans certaines idiosyncra-

sies alimentaires. C'est aussi l'opinion de M. Ernst Moro qui a pratiqué des recherches de sensibilisation à l'ovalbumine, non seulement dans l'eczéma vrai, mais aussi dans d'autres dermatoses. Or, sur 50 cas de cuti-réactions à l'ovalbumine, il n'a observé que 2 cas positifs. Il semble donc, de par ces résultats, qu'il existe une séparation nette entre l'eczéma vrai et les dermatoses séborrhéiques.

MM. Péhu et Aulagnier ont pratiqué des intra-dermo-réactions à l'ovalbumine chez 15 nourrissons atteints d'eczéma vrai. Ils ont employé une solution d'ovalbumine au dixième. Sur 15 cas, ils ont obtenu 10 réactions positives, 5 n'ont donné aucun résultat. Sur les 10 réactions positives, 8 réactions (réactions ovalbuminiques moyennes) ont consisté en papules urticariennes apparaissant au point d'injection, atteignant son maximum d'intensité une heure après et disparaissant environ vers la sixième ou huitième heure. Les huit nourrissons étaient âgés de 7 mois au maximum, et une enquête soigneuse des auteurs leur permet d'affirmer que ces enfants n'ont jamais absorbé d'œufs. A côté de ces 8 réactions ovalbuminiques, ils ont obtenu 2 réactions ovalbuminiques « intenses » consistant en une papule urticarienne surélevée et très large, accompagnée d'un œdème qui envahit toute la face dorsale de l'avant-bras. La dose d'ovalbumine employée a été la même dans les cas à réaction intense et dans les cas à réaction moyenne.

Chez 10 nourrissons présentant des intra-dermo-réactions positives au blanc d'œuf, ils ont recherché

la sensibilité à d'autres allergènes (cacao, poisson, jaune d'œuf, pain). Les intra-dermo-réactions à ces différents allergènes furent négatives. Au contraire, les deux nourrissons qui avaient présenté des réactions intenses à l'ovalbumine, présentèrent aussi une réaction positive avec tous les allergènes employés.

d) *Epreuve de Prausnitz-Küstner*. — Elle résulte des recherches de ces auteurs qui ont montré en 1921 que le sérum de certains sujets allergiques provoque une réaction locale quand il est injecté sous la peau d'un sujet normal. Cette réaction a été adaptée aux nourrissons eczémateux pour la première fois par M. Woringer. La technique est la suivante : on injecte dans le derme d'un nourrisson normal un dixième de cc. du sérum d'un nourrisson eczémateux. Le lendemain, on injecte au même endroit 2 dixièmes de cc. d'une solution d'ovalbumine ou d'un autre allergène pour lequel le nourrisson eczémateux s'est montré sensibilisé. On constate lorsque la réaction est positive une papule urticarienne tout à fait analogue à celle observée chez le nourrisson eczémateux. D'ailleurs, on peut obtenir cette réaction par une injection d'antigène à un endroit du corps différent de celui auquel on a injecté le sérum. Sur 16 nourrissons eczémateux présentant une intra-dermo-réaction positive à l'ovalbumine, M. Woringer a obtenu 11 réactions Prausnitz-Küstner positive. M. Ernst Moro qui a pratiqué de très nombreuses épreuves de Prausnitz-Küstner avec le sérum d'enfant présentant des cuti-réactions positives à l'ovalbumine, a toujours obtenu

des résultats positifs et il écrit : « Nous pouvons affirmer que chez les enfants eczémateux qui ont une réaction positive au blanc d'œuf, la réaction de Prausnitz-Küstner est toujours positive, c'est-à-dire qu'avec le sérum de ces enfants, la sensibilité au blanc d'œuf se laisse transporter d'une façon non équivoque sur la peau des enfants normaux. » Sur 6 réactions de Prausnitz-Küstner sur des enfants à intra-dermo-réactions à l'ovalbumine positives : 3 réactions seulement de Prausnitz-Küstner furent positives. Mais quelquefois, on constate des résultats paradoxaux tels que les deux suivants : « Il s'agit du sérum de deux nourrissons eczémateux ayant présenté des intra-dermo-réactions fortement positives à l'ovalbumine, avec ce sérum, on pratique une réaction de Prausnitz-Küstner et on constate alors qu'on obtient une réaction positive avec « l'antigène poisson » et qu'il est impossible d'obtenir des réactions positives avec l'ovalbumine même, en renouvelant l'expérience trois fois de suite. Le mécanisme de la réaction de Prausnitz-Küstner semble s'expliquer par le contact de l'antigène avec l'anti-corps. En effet, le mélange antigène anti-corps *in vitro* a le même effet que la combinaison *in vivo* sous la peau. Cette réaction a une valeur biologique de tout premier ordre, car elle montre que le sérum des nourrissons eczémateux possède un allergène, une substance particulière qu'il est possible de « transporter » sur un organisme sain.

e) *La déviation du complément.* — Certains auteurs ont employé la méthode de déviation du com-

plément pour mettre en évidence l'anticorps qui existe dans le sérum du nourrisson eczémateux et que la réaction de Prausnitz-Küstner permet de transporter dans un organisme sain. (Ces recherches ont été particulièrement étudiées par les auteurs de langue allemande György, Pr. Sachs, Moro et Witebsky). En 1929, Moro constata dans la majorité de ses malades ayant une réaction cutanée au blanc d'œuf, la présence d'anticorps, c'est-à-dire l'existence d'une sensibilisatrice permettant, en présence du blanc d'œuf, de dévier le complément. Au contraire, il lui fut impossible de déceler cette sensibilisatrice dans le sérum des enfants non eczémateux. MM. Moro et György ont expérimenté la méthode de Bordet-Gengou chez des nourrissons normaux qui ont été préparés artificiellement, c'est-à-dire chez lesquels on avait injecté auparavant une solution de blanc d'œuf. Ils ont obtenu des résultats positifs en se servant de concentrations d'antigènes assez élevées. M. Péhu a essayé la méthode de déviation du complément sur 14 nourrissons eczémateux, 14 fois les résultats furent entièrement négatifs et cependant il s'agissait d'enfants qui présentaient une intra-dermo-réaction positive au blanc d'œuf et même 3 fois une réaction de Prausnitz-Küstner positive. Devant ces échecs répétés on a pratiqué des réactions de déviation du complément avec d'autres antigènes : raie, pain, cacao, lactoprotéines (Aulagnier, thèse Lyon, 1933). Sur 12 sérums examinés, 3 déviations du complément qui avaient été négatives au blanc d'œuf se sont montrées

légèrement positives à l'égard du pain, du cacao, du lait et de la raie. A signaler que le sérum de ces trois enfants avait donné une réaction de Prausnitz-Küstner négative avec l'ovalbumine et avec les autres allergènes. On voit donc qu'il n'y a pas de concordance entre les résultats de la méthode de Bordet-Gengou et ceux obtenus par les tests cutanés. La méthode de déviation du complément se trouve en défaut dans de nombreux cas. Elle ne doit donc pas être retenue pour la recherche des anticorps dans le sérum des nourrissons eczémateux.

f) *Conclusion des différents tests biologiques.* — Ce qui ressort des résultats des réactions cutanées, c'est que les nourrissons eczémateux qui ont toujours été exclusivement nourris au lait, présentent une sensibilité particulière pour l'ovalbumine ou pour d'autres substances qu'ils n'ont jamais ingérées, alors que les différentes réactions pratiquées avec le lait se montrent presque toujours négatives.

Pour expliquer des résultats aussi paradoxaux on a émis plusieurs hypothèses. Certains auteurs prétendent que l'enfant a été sensibilisé par les différentes substances contenues dans le lait de la mère. En effet, l'ovalbumine et d'autres éléments ingérés par la mère peuvent passer dans le lait lorsqu'ils sont ingérés à fortes doses. De nombreux travaux américains prouvent que le lait de femme peut contenir de nombreuses protéines hétérogènes ingérées par la mère. C'est là, entre autre, l'opinion de Scallen qui conclut que l'eczéma du nourrisson peut être consi-

déré comme la résultante d'une sensibilisation aux aliments qui font partie du régime de la mère. Cette conception est sujette à discussion car, parmi les nourrissons eczémateux, certains d'entre eux, dès les premiers jours de leur naissance sont nourris avec du lait de vache ou avec un lait industriel. Comment donc, dans ces conditions, admettre une sensibilisation cutanée au blanc d'œuf provenant de l'ingestion de cette substance? D'autre part, si l'eczéma du nourrisson était dû à certaines substances contenues dans le lait de la mère, il suffirait de modifier la diététique pour obtenir une guérison ou une amélioration. Or, la suppression complète du lait par un régime exclusivement à base de protéines végétales ne transforme en rien l'évolution de la dermatose.

D'autres auteurs admettent que l'enfant a été sensibilisé pendant la vie intra-utérine par des protéines absorbées par la mère et ayant passé de la circulation maternelle dans la circulation fœtale. O'Keef et Ernst Moro accordent une importance considérable à la sensibilisation transplacentaire.

Cette hypothèse est peu vraisemblable : d'une part il ne suffit pas d'introduire du blanc d'œuf dans la circulation pour rendre un sujet allergique. Woringer n'a jamais réussi à sensibiliser un nourrisson à l'ovalbumine. Il y a donc certainement une question de « terrain » qui intervient et qui joue un rôle primordial. L'allergie est fréquemment d'ailleurs une maladie familiale et souvent dans les antécédents des nourrissons eczémateux on note que le père ou la

mère ont présenté ou présentent eux aussi certaines maladies allergiques telles que l'asthme. Aussi, ces constatations plaident en faveur de l'*origine héréditaire* de l'allergie. Comme l'a écrit M. Woringer, l'allergie ovalbuminique ou à d'autres substances est une propriété héréditaire, cellulaire. « En somme, l'eczéma du nourrisson paraît dû à un processus de sensibilisation héréditaire sans rapport avec l'alimentation, soit de la mère, soit de l'enfant : cette allergie étant tantôt très superficielle, limitée seulement au revêtement cutané, tantôt, au contraire, accompagnée de modifications humorales avec présence d'anticorps dans le sérum. » (Aulagnier, thèse Lyon, 1933).

---



## LES PREUVES CLINIQUES

L'allure clinique de l'eczéma du nourrisson plaide en faveur de la nature allergique de cette dermatose. En effet, un nourrisson atteint d'eczéma présente fréquemment certains symptômes d'allure mystérieuse et vraiment inexplicables, si on ne fait intervenir l'hypothèse de l'allergie. Ce sont, tout d'abord, des *accès fébriles aigus* si souvent constatés. La température est irrégulière, elle s'élève fréquemment à 40° alors que l'examen est négatif et qu'il n'existe aucune suppuration cutanée capable d'expliquer une telle hyperthermie.

De même, le poids subit des variations mal expliquées. Brutalement, sans aucune raison, le poids diminue de deux à trois cents grammes en quelques jours, alors que rien n'explique un tel phénomène.

Le nourrisson eczémateux nous apparaît ainsi comme un être instable, on retrouve encore cette instabilité dans l'évolution normale de cette dermatose. En effet, c'est une notion classique que l'eczéma du nourrisson varie sous l'influence d'un changement de climat et que un séjour à la mer ou à la montagne a souvent raison en quelques jours de l'eczéma le plus

rebelle qui avait résisté à toute thérapeutique. Enfin, ce qu'il y a de plus curieux ce sont les accidents généraux graves et la mort inopinée parfois observée. Nous ne décrivons pas de tels accidents, ils sont bien connus et ils ont fait l'objet de nombreux travaux. Citons la thèse de Hudelo, les travaux de Vergie, de Bloch, de Simon, de Victor Hutinel et Rivet, de MM. Marfan et Hallé, de M. Lereboullet et enfin de M. Péhu et ses élèves, Mestrallet et Bonini. Ces différents auteurs sont d'accord pour écrire qu'il existe une sorte de balancement entre les manifestations cutanées et l'apparition des phénomènes généraux, c'est-à-dire que l'eczéma du nourrisson pâlit quand surviennent la fièvre et les phénomènes généraux graves; tandis que les poussées fluxionnaires sont intenses, alors que la température redevient normale et que l'enfant présente un bon état général. On sait que ces différents accidents n'atteignent que les enfants hospitalisés dans une crèche et ne s'observent pas dans la clientèle de ville. L'hypothèse de l'allergie permet d'expliquer le balancement entre les manifestations cutanées et les phénomènes généraux. Une affection intercurrente change le terrain du nourrisson : tout se passe comme si l'état allergique étant transformé, l'évolution de la dermatose liée à cet état allergique était par là même arrêtée. L'atténuation de la dermatose est donc secondaire au changement de l'état allergique. Mais, contrairement à ce que croyaient les anciens auteurs, ce n'est pas la disparition de l'eczéma qui entraîne l'apparition des phénomènes généraux.

L'évolution ultérieure de l'eczéma du nourrisson plaide encore en faveur de l'hypothèse de la nature allergique. En effet, il n'est pas rare de constater des crises d'asthme chez un enfant qui a présenté de l'eczéma au cours des premiers mois de sa vie. D'ailleurs les anciens auteurs avaient réuni les deux affections et les avaient groupées sous un même vocable, « diathèse » ou encore « d'arthritisme ».

« L'asthme, écrit Trousseau, n'est qu'un épisode ou une série d'épisodes dans la vie de l'asthmatique qui, dans sa jeunesse, a présenté des affections herpétiques ou dartreuses, des éruptions le plus souvent eczéma-teuses, et qui, dans son âge mûr, présentera du rhumatisme et de la goutte. » Rien n'est plus fréquent que ces mutations des affections ».

Au Congrès<sup>o</sup> de l'asthme du Mont Dore de 1932, M. Fernand Bezançon groupe l'urticaire, la migraine, l'eczéma sous le nom de parents morbides de l'asthme. A ce même Congrès, Jacquelin montre « qu'eczéma et asthme procèdent d'un même processus congestif, hyperémique et exsudatif ».

Ainsi, l'eczéma vrai du nourrisson est une dermatose autonome, bien particulière. Son allure clinique, son évolution, aussi bien immédiate qu'éloignée lui crée une symptomatologie qui ne trouve d'explication satisfaisante que dans la conception de « l'hypothèse allergique ».



#### IV. — LES DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Et d'abord faut-il traiter et essayer de guérir l'eczéma du nourrisson? Les anciens auteurs répondaient par la négative. Ils avaient en effet observé une sorte de balancement entre les manifestations cutanées et l'apparition des phénomènes généraux fréquemment constatés au cours de l'évolution de l'eczéma du nourrisson et aboutissant parfois à la mort. Quand la température est normale, quand l'enfant présente un bon état général, l'eczéma est intense et c'est à ce moment qu'on observe les poussées fluxionnaires aiguës. Au contraire, s'il survient de la fièvre, quelle qu'en soit son origine, les manifestations cutanées pâlisent et diminuent d'autant plus complètement et plus rapidement que la température est plus élevée, les phénomènes généraux plus graves. Cette constatation avait fait conclure à certains auteurs que l'eczéma est un « émonctoire » qu'il faut respecter, sa suppression pouvant entraîner des accidents graves et quelquefois la mort. En réalité, ce n'est pas la disparition de l'eczéma qui entraîne l'apparition des phénomènes généraux graves. L'hypothèse de la nature allergique de l'eczéma permet d'expliquer le balancement entre les

manifestations cutanées et les phénomènes généraux. Une affection intercurrente change le terrain du nourrisson. Comme le fait remarquer M. Péhu, tout se passe comme si l'état allergique étant transformé, l'évolution de la dermatose liée à cet état allergique était par là même arrêté. La disparition ou l'atténuation de la dermatose est donc secondaire au changement de l'état allergique. Mais elle ne doit pas être tenue responsable de l'apparition des phénomènes graves. On peut et on doit donc traiter l'eczéma du nourrisson.

Les déductions thérapeutiques sont la conséquence des faits pathogéniques que nous avons envisagés. Par conséquent, il va de soi que le traitement local et le régime passeront au second plan et que c'est le traitement général qui doit occuper la première place.

a) *Le traitement local.* — Il n'a pas une importance primordiale. Toutefois, il comporte quelques règles précises et bien connues sur lesquelles nous n'insisterons pas. Il est évident qu'il ne faut pas baigner un nourrisson eczémateux : on se contentera de laver les téguments avec une eau émolliente, comme de l'eau de son. De même on ne fera pas sortir un nourrisson atteint d'un eczéma étendu de la face sans protéger le visage avec un masque de gaze stérilisée. Il va de soi aussi, qu'il faut veiller à l'infection possible des régions cutanées et que, si des pyodermites apparaissent on commencera par les traiter avant d'entreprendre le traitement de l'eczéma lui-même. A ce point de vue, nous signalerons des résultats souvent

remarquables obtenus par les rayons ultra-violets. Enfin, pour éviter les risques d'affection cutanée et surtout la possibilité de vaccine généralisée, on ne pratiquera jamais la vaccination jennérienne d'un nourrisson eczémateux.

Le traitement local varie suivant qu'il s'agit d'un eczéma aigu avec réaction inflammatoire ou d'un eczéma subaigu ou torpide. Dans le premier cas, il faut se contenter d'appliquer des pansements humides préparés avec du sérum physiologique, puis quand l'œdème a disparu on nettoie la surface eczémateuse avec de l'éther et on touche les lésions avec une solution de nitrate d'argent au 30<sup>me</sup>. Ensuite, on applique une pâte calmante, telle que la pâte à l'eau de Darier, ou bien on se contente de poudre inerte (talc, oxyde de zinc). Au contraire, s'il s'agit d'un eczéma subaigu ou torpide le traitement de choix consistera dans l'emploi du Coaltar. Il a l'avantage de produire une atténuation lente, progressive, non brutale de l'hyperémie cutanée. On commencera par des applications limitées au cinquième ou au quart de la surface eczémateuse, de façon à mieux apprécier la réaction cutanée par cette médication. On se souviendra qu'en raison de la sensibilité accusée de la peau de ces petits malades toute médication locale devra être prudente, exempte d'action agressive.

b) *L'alimentation.* — Pour beaucoup d'auteurs, l'alimentation joue un grand rôle dans la genèse de l'eczéma. C'est le lait qui est considéré comme le grand responsable, car la dermatose apparaît au mo-

ment de l'alimentation lactée et disparaît au moment du sevrage. Partant de ce principe, le lait devra être diminué dans des proportions considérables et supprimé dès qu'on le peut. Il est incontestable qu'une proportion exagérée de corps gras (au-dessus de 40 gr. par litre peut, chez un nourrisson déterminer et entretenir un eczéma et, dans ces cas, on obtient une amélioration réelle en donnant du lait en poudre complètement écrémé, du bas beurre. A juste raison, M. Marfan a insisté sur l'importance de ce facteur. Néanmoins, il ne saurait être considéré comme capital, car on observe souvent des enfants qui reçoivent un lait féminin dont le taux en beurre est considérable (50 à 60 gr. par litre), et cependant il n'en éprouve aucun dommage. Chez un grand nombre, d'autre part, on constate le lait qu'ils absorbent contient un taux normal de beurre.

Certains faits montrent bien que l'alimentation ne joue pas un rôle essentiel. D'abord, en changeant de nourrices ou bien en soumettant l'enfant à un allaitement artificiel, on observe ordinairement aucune amélioration. De même, en diminuant le lait et en introduisant très tôt dans l'alimentation des farines, les résultats sont décevants. On peut même aller plus loin et supprimer complètement le lait grâce à l'emploi d'une alimentation sans lait. Cette méthode s'est vulgarisée sous l'impulsion de certains travaux de langue allemande, en particulier de MM. Hamburger, Czerny, Moll, et introduites en France par M. Ribadeau-Dumas et ses élèves. La méthode consiste à rem-

placer le lait par des protéines animales (foie de veau) ou végétales (farine de soja). De cette façon on arrive à avoir un régime complet et parfaitement équilibré. Les protéines animales (foie de veau, cervelle de veau) ou les protéines de l'œuf conseillées par Moll permettent d'obtenir un régime où se trouvent contenus tous les acides aminés indispensables (tryptophane, cystine, arginine, lysine), malheureusement ils ne peuvent guère être utilisés chez le nourrisson d'une façon pratique par suite des difficultés culinaires. Au contraire, les protéines végétales sont d'un emploi facile. Ces dernières ont été particulièrement étudiées par Villemin-Clog (thèse de Paris, 1930).

On emploie par exemple la farine de soja qui contient 40 % environ de matières azotées. On prépare un biberon de la façon suivante :

|                      |          |
|----------------------|----------|
| Crème de riz.....    | 10 gr.   |
| Sucre .....          | 5 gr.    |
| Farine de Soja.....  | 5 gr.    |
| Extrait de malt..... | 2 gr. 50 |
| Eau .....            | 100 gr.  |

Un litre de cette bouillie représente 720 calories. Pour avoir un régime complet, on ajoute de l'huile de foie de morue et deux cuillerées à café de jus de fruit par jour. A côté de la farine de soja on peut s'adresser facilement à la bouillie aux amandes de Moll qui peut se donner sans risques à des nourrissons très jeunes et qui a une valeur de 700 calories par litre. Cette bouillie se donne en même quantité qu'on

donnerait du lait de vache. (Aulagnier et Mlle Lambert, *Journal de Médecine de Lyon*, 1932, page 223).

Or, cette diététique sans lait n'entraîne aucune amélioration de l'eczéma. Parfois, on observe une légère amélioration, mais cette dernière est toujours de très courte durée et l'eczéma reprend son évolution avec des poussées fluxionnaires aussi prurigineuses et aussi aigües qu'auparavant. Il semble donc logique, pour toutes ces raisons, d'admettre que le lait et l'alimentation en général n'ont qu'un rôle bien secondaire dans la genèse de l'eczéma du nourrisson. Ce n'est pas par l'institution de régimes variés qu'on pourra essayer d'améliorer un eczéma de nourrisson, mais surtout, il ne faudra, à notre avis, non seulement supprimer mais même diminuer le lait. On devra, en effet, se souvenir que ces enfants présentent des troubles profonds des protéines du sérum sanguin, troubles d'autant plus profonds, comme l'a montré M. Ribadeau-Dumas, que l'eczéma est plus suintant et évolue depuis plus longtemps. On conçoit par conséquent les désastres qu'entraîne fatalement une alimentation qui n'est pas équilibrée, et qui surtout est pauvre en protéines. M. Mouriquand a insisté sur les dangers considérables d'une diététique mal équilibrée dans ces cas et a montré qu'elle aboutissait à une « cachexie thérapeutique » rapidement mortelle. A ce propos, il nous faut signaler la gravité que comporte chez un nourrisson eczémateux mal nourri l'apparition d'œdèmes. Ces derniers traduisent une perturbation profonde des échanges tissulaires et se ter-

mine fréquemment par la mort si l'on institue pas d'urgence une diététique parfaitement équilibrée, c'est-à-dire une alimentation lactée en *quantités normales* pour l'âge du nourrisson.

En somme, il n'est pas une diététique particulière pour l'eczéma du nourrisson (Péhu). Si l'enfant est au lait maternel, on ne supprimera cet allaitement sous aucun prétexte; si l'enfant est à l'allaitement artificiel, on donnera du lait de vache coupé ou pur suivant l'âge du nourrisson ou bien du lait en poudre demi-écrémé qui semble à l'heure actuelle le lait industriel le mieux toléré et le moins carencé.

c) *Traitement général.* — C'est la base même du traitement. Ceci découle naturellement des conceptions pathogéniques que nous avons exposées précédemment. Ce traitement consiste à modifier le terrain. L'eczéma du nourrisson étant dû à un état spécial de la peau qui crée une hypersensibilité, la base du traitement devra consister à faire disparaître l'état allergique qui crée et qui entretient cette hypersensibilité.

Nous n'avons pas la prétention de décrire ici, en détail, toutes les thérapeutiques employées pour transformer le terrain du nourrisson eczémateux : opothérapie thyroïdienne, extrait pancréatique, adrénaline, splénothérapie, les injections sous-cutanées, l'hématothérapie maternelle, le séjour à la mer ou à la montagne. Nous exposerons certainement certaines méthodes de *désensibilisation non spécifique par la vaccinothérapie*.

Cette méthode de désensibilisation non spécifique

a été employée à la suite des échecs obtenus par les essais de désensibilisation spécifique. Cette méthode consistait à injecter des doses croissantes de la substance pour laquelle le nourrisson s'était montré sensibilisé; mais cette méthode ne fait pas disparaître l'état allergique : les anticorps persistent dans le sang, et leur taux s'élève même sensiblement, comme l'a montré Woringer. D'autre part, cette méthode comporte certains dangers : chez de tels enfants instables il est difficile de prévoir les réactions observées par l'injection de certaines protéines. Enfin, il est exceptionnel de constater chez les nourrissons eczémateux une sensibilisation spécifique pour une substance déterminée. Ordinairement, un même nourrisson présente des intra-dermo-réactions à plusieurs substances (ovalbumine, jaune d'œuf, poisson). On a donc abandonné les méthodes de désensibilisation spécifique pour s'adresser à la désensibilisation non spécifique. La vaccinothérapie non spécifique est la méthode de choix. Elle a été particulièrement étudiée ces temps derniers par MM. Péhu et Woringer qui ont exposé leur méthode au dernier Congrès international (Londres, 22 juillet 1933). A l'heure actuelle deux sortes de vaccin ont été employées : l'un, le B. C. G., par M. Woringer; l'autre, le vaccin entérococcique, par M. Péhu.

### 1° DÉSENSIBILISATION PAR LE B. C. G.

M. Woringer a remarqué que les enfants eczémateux guérissent rapidement de leurs dermatoses quand survient chez eux une infection tuberculeuse. Tout se passe comme si l'atteinte de l'organisme par le bacille de Koch transforme le terrain qui était nécessaire à l'évolution de la dermatose. M. Woringer a eu ainsi l'idée de transformer le « terrain » des nourrissons eczémateux par des injections de vaccin B. C. G. Il a obtenu de remarquables résultats qu'il a développés au Congrès international de Londres (juillet 1933).

### 2° DÉSENSIBILISATION PAR LE VACCIN ENTÉROCOCCIQUE

Les premiers à avoir utilisé le vaccin entéroccique sont Mme et M. Montlaure. Ces auteurs avaient remarqué que les selles des nourrissons atteints de dermites (dites eczéma du nourrisson) contenaient une très grande quantité d'entérocoques. D'autre part, pratiquant chez ces nourrissons des intra-dermo-réactions au vaccin entéroccique ils obtinrent des réactions positives. Ils en conclurent que ces enfants présentaient une sensibilisation aux toxines de l'entéroccique. Les résultats thérapeutiques vinrent encore confirmer cette hypothèse, car des injections sous-cutanées du vaccin entéroccique améliorèrent puis guérissent complètement la dermite présentée par ces enfants. Donc, dans les cas de M. et Mme Montlaure,

il s'agit d'une vaccination spécifique employée au cours d'une dermite microbienne.

Il en est tout à fait différent dans les cas d'eczéma vrai du nourrisson. Ici, il s'agit non pas d'une dermite microbienne, mais d'une dermatose due à un état allergique, ou mieux à une sursensibilité particulière de la peau. Les nourrissons atteints d'eczéma vrai ne présentent pas dans leurs selles une quantité anormale d'entérocoques, d'autre part, et surtout chez les tels enfants, les intra-dermo-réactions au vaccin entérococcique se montrent systématiquement négatives. Par conséquent, la vaccinothérapie entérococcique n'est employée dans ce cas qu'à titre non spécifique en vue de transformer le terrain, c'est-à-dire l'état allergique qui crée l'eczéma du nourrisson. M. Péhu a traité par cette méthode 14 nourrissons eczémateux : il a obtenu 8 guérisons complètes après 12 injections de vaccin pratiquées tous les deux jours; 4 autres enfants ont été manifestement améliorés : le prurit a cessé, le suintement a diminué, cependant il a persisté quelques placards érythémato-squameux à la face; les autres cas ont été des échecs et ces 2 nourrissons n'ont guéri que vers l'âge de 18 mois, c'est-à-dire à un âge où ils auraient sans doute guéri spontanément.

« La méthode de la vaccinothérapie microbienne nous paraît donc devoir systématiquement être employée dans tous les cas d'eczéma du nourrisson. Elle constitue la méthode de choix capable de modifier l'état allergique. Elle est sans aucun danger, même chez le nourrisson de quelques semaines ». (Péhu et Aulagnier).

## CONCLUSIONS

---

Nous pouvons, semble-t-il, donner à cette étude les conclusions suivantes :

1° L'eczéma vrai du nourrisson identique par ses caractères morphologiques à l'eczéma de l'adulte constitue néanmoins une entité clinique autonome.

2° Du point de vue clinique, en effet, il diffère de l'eczéma de l'adulte par les accès fébriles aigus, les variations pondérales appréciables que subit le nourrisson, la variation de l'intensité de l'éruption qui accompagne tout changement d'altitude ou de climat, enfin et surtout par la mort brusque, inopinée.

3° Du point de vue étiologique :

L'hyperéosinophilie sanguine;

La recherche des anticorps soit par l'épreuve de Prausnitz-Küstner, soit par la méthode de fixation du complément.

Et d'autre part l'intra-dermo-réaction au blanc d'œuf (test d'une constance appréciable chez le nourrisson eczémateux), légitime le rattachement de cette dermatose au groupe des maladies dites allergiques,

c'est-à-dire constituées par une sensibilité congénitale, souvent héréditaire, vis-à-vis de certains substances, le plus souvent des aliments.

4° Cette « conception allergique » de l'eczéma vrai du nourrisson comporte des sanctions diététiques.

La non-suppression du lait, puisque à cet âge la plupart des aliments exercent une influence défavorable sur l'organisme du nourrisson eczémateux.

5° De même au point de vue thérapeutique, on tentera les divers moyens habituels de désensibilisation. En particulier le vaccin entérococcique, médication de désensibilisation non spécifique à l'égard de cette dermatose aurait une action heureuse dans la modification du « terrain allergique » sur lequel évolue l'eczéma vrai du nourrisson.

---

Vu : *Le Doyen*  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*  
M. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BEZANÇON (Fernand). — Les parentés morbides de l'asthme. (*Concours Médical*, 3 juin 1928, p. 1668).
- Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertain. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. de Paris*, N<sup>os</sup> 36, 52, 1792-1804. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 40, 4-10 janvier 1929).
- Evolution de nos connaissances dans l'asthme. (*Congrès international de l'asthme*, Le Mont-Dore, 4 et 5 juin 1932).
- BLOCH (Bruno) et GAY (J.-A.). — Recherche sur le rôle de l'allergie et l'idiosyncrasie dans quelques dermatoses, l'eczéma en particulier. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1929, pp. 429-480.
- BONINI. — De la mort inopinée dans l'eczéma de la première enfance. Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon, 1929.
- BRELET. — Mort subite dans l'eczéma des jeunes enfants. *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1907, pp. 131-137.

COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.

DARIER. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma.  
*VIII<sup>e</sup> Congrès international de Dermatologie et  
de Syphiligraphie*, 5-9 août 1930, Copenhague.

DOIZY (Mme). — Etude critique sur l'étiologie de l'eczéma des nourrissons. Thèse de Paris, 1923.

DUCHON. — Injections de lait dans l'eczéma des nourrissons. Thèse de Lyon, 1919.

GOUGEROT. — L'anaphylaxie en dermatologie. *Leçon faite à Saint-Louis*, octobre 1922.

GRENET (H.). — Eczéma du nourrisson. *Revue de Médecine*, 1931, p. 440.

HUTINEL et RIVET. — Syndrome grave au cours des affections cutanées des jeunes enfants. *Archives de médecine des enfants*, juin 1909, pp. 1-21.

KASTNER. — Die Bedeutung der Eosinophilie bei allergischen und medikamentösen Erkrankungen. Thèse de Bonn, 1931.

LEREBoullet (P.). — Les eczémas du nourrisson. *Clinique et Laboratoire*, 20 février 1930.

MARFAN (A.-B.) — L'eczéma des nourrissons. *Le Nourrisson*, 1922.

MARFAN (A.-B.) et HALLE (J.) — Mort très rapide et imprévue dans l'eczéma du nourrisson. *Société de pédiatrie de Paris*, 16 mars 1909, pp. 124-126.

- MATTIASEVICH. — Contribution à l'étude de l'eczéma du nourrisson. Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1932.
- MOLES (M.). — Contribution à l'étude de l'eczéma des nourrissons. Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1932.
- MONTLAUR (Mme et M.) — Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». *VIII<sup>e</sup> Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Copenhague, 5-9 août 1930.
- MONTLAUR et COURTIÈRE (Mme). — Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. *Académie de Médecine*, 15 juillet 1930.
- MORO Ernst. — Ekzema infantum und Dermatis seborrhoides. *Klinik und Pathogenese*, Berlin, un vol. Verlag von Julius Springer, 1932. Bibliographie très détaillée.
- MOURIQUAND. — La cachexie thérapeutique des nourrissons eczémateux. *Lyon Médical*, 21 avril 1929.
- NOBÉCOURT et BOULANGER-PILET. — Les morts subites ou imprévues chez les nourrissons. *VI<sup>e</sup> Congrès des pédiatres de langue française*. Paris, 30 septembre, 2 octobre 1929.
- PASTEUR-VALÉRY-RADOT. — Ce qu'on entend en médecine par anaphylaxie. *Presse Médicale*, 5 juillet 1930, n<sup>o</sup> 54.

PASTEUR-VALÉRY-RADOT, BLAMONTIER, BESANÇON (J.) et GIRPUD. — Anaphylaxie passive locale. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 95, p. 1196.

PASTEUR-VALÉRY-RADOT, BLAMOUTIER, CLAUDE et GIROUD. — L'éosinophilie sanguine dans les états anaphylactiques. *Presse Médicale*, 22 décembre 1926, p. 1601.

PASTEUR-VALÉRY-RADOT, MAURIC, GIRPUD et HUGO. — Essai de transfert à l'homme des anticorps de l'animal sensibilisé. *Comptes rendus à la Société de Biologie*, 1930, t. 103, p. 1205.

PASTEUR-VALÉRY-RADOT et BLAMOUTIER. — La cuti-réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire. *Presse Médicale*, 1928, p. 550.

PÉHU. — De l'anti-anaphylaxie. *Rapport au Congrès de médecine interne*. Strasbourg, 1921.

— Symptômes, évolution et diagnostic de l'asthme bronchique infantile. *I<sup>er</sup> Congrès international de l'Asthme*, le Mont-Dore, 4-5 juin 1932.

PÉHU et BERTOYE (P.). — Lésions de l'encéphale dans un cas de mort par séro-anaphylaxie chez un enfant de 8 ans. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 19 nov. 1929.

PÉHU et MESTRALLET. — De la mort inopinée dans l'eczéma de la première enfance. *Science Médicale Pratique*, 15 mai 1929.

— Sur l'asthme bronchique de l'enfance : son étiologie, sa symptomatologie, son évolution. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1929.

PÉHU et WORINGER. — Etude clinique des allergies non infectieuses dans l'enfance. *Rapport au III<sup>e</sup> Congrès international de Pédiatrie de Londres*, 20-22 juillet 1933.

PIRQUET (C.) et SCHICK (B.). — Die serumkrankheit. Un volume de 144 pages, Leipzig 1905.

PIRQUET (C.). — Klinische Studien Uber Vakzinale Allergie. Un volume de 190 pages, Leipzig 1907.

— Allergie. Un volume de 96 pages, Berlin 1910.

RIBADEAU-DUMAS, LÉVY (G.) et LÉVY (M<sup>me</sup> E.). — Les manifestations humorales des nourrissons atteints de l'eczéma suintant. Rapprochement avec les néphrites hydropigènes. *Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 mars 1929, p. 367.

RIBADEAU-DUMAS et LÉVY. — De l'alimentation des enfants atteints de l'eczéma. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, n<sup>o</sup> 8, octobre 1923, p. 427.

URBACH (E.). — Hautkrankheiten und Ernährung mit Berücksichtigung der dermatosen des Kindesalters. Un vol. de 620 pages. Vienne, 1932.

WEILL (E.). — Les injections sous-cutanées de lait chez les nourrissons. *Presse Médicale*, 8 octobre 1920; *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, n<sup>o</sup> 1, 1919;

*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 13 mai 1919; *Presse Médicale*, 18 novembre 1919.

WORINGER. — Trois formes d'allergie ovalbuminique chez le nourrisson eczémateux. *Le Nourrisson*, 1932, p. 325.

— Une méthode de dosage des anticorps ovalbuminiques dans le sérum des sujets allergiques au blanc d'œuf. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 10 juillet 1931, tome CVIII, p. 10.

— L'épreuve de Prausnitz-Kustner dans l'allergie au blanc d'œuf du nourrisson. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 10 juillet 1931, tome CVIII, p. 8.

— L'effet des injections de blanc d'œuf sur le taux des anticorps ovalbuminiques dans le sang des nourrissons allergiques au blanc d'œuf. *Comptes rendus des séances de la Sté de Biologie de Strasbourg*, séance du 13 mai 1932, tome CX, p. 289.

— Le phénomène de Prausnitz-Kustner est-il dû à une sensibilisation? *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 15 janvier 1932, tome CIX, p. 204.

— Essais de traitement de l'eczéma du nourrisson par une désensibilisation spécifique. *Bulletin de*

- la Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 13 décembre 1930, n° 10, décembre 1930.
- Sensibilité cutanée au blanc d'œuf; ses anticorps ovalbuminiques dans le sang. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie; Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 13 mai 1932, tome CX, p. 291.
  - Recherches sur l'allergie dans l'eczéma du nourrisson. *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, séance du 13 décembre 1930, n° 10, décembre 1930.
  - L'allergie au blanc d'œuf chez le nourrisson. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 10 juillet 1931, tome CVIII, p. 6.
  - Deux sortes d'anticorps ovalbuminiques dans le sang des nourrissons. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 15 janvier 1922, tome CIX, p. 206.
  - La teneur en anticorps ovalbuminiques du sang des nourrissons allergiques au blanc d'œuf. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Société de Biologie de Strasbourg*, séance du 15 juin 1932, tome CIX, p. 201.
  - Recherches sur les réactions immunisantes et allergiques de la peau. Reprinted from The Transactions of the second international Pediatric Congress. *Acta Paediatrica*, vol. XI, 1930.

AULAGNIER et Mlle LAMBERT. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1932, page 223.

SÉZARY (A.). — Eczéma et allergie. *La Presse Médicale*, 15 novembre 1933.

MARFAN (A.-B.). — L'eczéma des nourrissons. *Le Nourrisson*, 1922.

-- L'eczéma des nourrissons, in *Clinique des maladies de la première enfance*, pp. 366-396.

— L'eczéma des nourrissons. Les rapports avec les vices de l'alimentation et les troubles digestifs. *Semaine Médicale*, 28 mars 1894.

— Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma du nourrisson. *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1896.

— L'eczéma séborrhéique des nourrissons. *Bulletin Médical*, 1898.

— L'asthme des jeunes enfants. *Presse Médicale*, 1920, p. 481.

---

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Historique</i> .....                                            | 9  |
| PREUVES DE LA NATURE ALLERGIQUE DE L'ECZÉMA DU<br>NOURRISSON ..... | 15 |
| Définition de l'allergie .....                                     | 15 |
| Quels sont ces tests biologiques?.....                             | 18 |
| Quelle est l'importance de ce test biolo-<br>gique? .....          | 25 |
| LES PREUVES CLINIQUES .....                                        | 35 |
| LES DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES .....                                | 39 |
| Désensibilisation par le B. C. G. ....                             | 47 |
| Désensibilisation par le vaccin entéroco-<br>cique .....           | 47 |
| <i>Conclusions</i> .....                                           | 49 |
| <i>Bibliographie</i> .....                                         | 51 |





